

AUTOCONCEITO DA MULHER MASTECTOMIZADA — ACTUAÇÃO DO ENFERMEIRO

Deolinda Lopes Duarte*



Intimamente ligado ao conceito de auto-imagem e que também sofre, na sua construção, a influência da sociedade, é o de identidade sexual.

1. INTRODUÇÃO

O cancro da mama é uma importante causa de morbilidade por doença oncológica na mulher em Portugal.

Os progressos verificados no diagnóstico precoce, e na terapêutica repercutiram-se num aumento significativo da sobrevivência das mulheres com este diagnóstico.

A mulher mastectomizada fica extremamente vulnerável face a uma dupla ameaça: a **mutilação** provocada pela mastectomia e o **diagnóstico de cancro**, com todas as incertezas, medos e fantasmas que o rodeiam.

Face a este panorama, julgamos como fundamental que os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, realizem esforços no sentido de lhes ser proporcionada uma boa qualidade de vida, tendo em atenção a sua integração social e profissional. Nesta perspectiva, torna-se imperioso que estes profissionais desenvolvam conhecimentos

que lhes permitam ter uma intervenção cada vez mais abrangente, tendo em vista a satisfação das suas necessidades a todos os níveis.

É sabido que o autoconceito está intimamente ligado à auto-imagem. A alteração da imagem corporal e, conseqüentemente, a alteração do autoconceito são factores significativos na recuperação e reabilitação da mulher mastectomizada; por este motivo deve ser-lhe dada tanta atenção como às necessidades físicas e outras necessidades psicológicas e socio-culturais.

Se em relação às necessidades físicas todos os profissionais têm particular atenção, o mesmo não se passa em relação às outras necessidades apresentadas por estas doentes. Cumpre-se por vezes todo um processo terapêutico em que este espaço fica por preencher. A indisponibilidade de conhecimentos, de atitude e valores, nem sempre permite um debruçar eficaz sobre este aspecto tão importante na reabilitação da mulher mastectomizada.

2. QUESTÕES SOBRE AUTOCONCEITO - DEFINIÇÃO DO TERMO

Os conceitos de autoconceito, auto-imagem e autoestima andam normalmente associados. Muitas vezes são utilizados como sinónimos, mas na realidade são termos de significados distintos que se interpenetram, dependendo substancialmente uns dos outros. Autoconceito define-se como a percepção que um indivíduo tem de si próprio nas mais variadas facetas, sejam elas de natureza social, emocional, física ou intelectual (1).

Labenne e Greene apresentam o autoconceito como a apreciação que a pessoa tem da sua aparência, antecedentes e circunstâncias familiares, recursos, atitudes e sentimentos que culminam numa força dirigida para o comportamento (1).

A auto-imagem corresponde ao conjunto de percepções quando a pessoa se constitui, ela própria, o objecto percebido. As várias auto-imagens que o indivíduo percebe, ajudam a constituir o autoconceito (2). Por exemplo, uma mulher pode dar grande ênfase à sua auto-imagem profissional mas não ligar importância à sua auto-imagem enquanto aparência física. A forma como cada pessoa organiza as suas diversas autoimagens leva a uma determinada estrutura do seu autoconceito.

Auto-estima consiste no processo avaliativo que o indivíduo estabelece

* Enf. Especialista GEIE - IPOFG/LISBOA.

acerca das suas qualidades ou desempenhos (2). Inclui todos os aspectos avaliativos do autoconceito: percepções do próprio, auto-aceitação, auto-aprovação e auto-expectativas (3). Ela é, afinal, a parte afectiva do autoconceito, em que a pessoa faz julgamentos de si próprio, em que liga sentimentos de bom e de mau aos diferentes dados da sua própria identidade.

Da análise destas definições pode-se inferir que o autoconceito tem um significado mais abrangente do que a auto-imagem e a auto-estima, e que estes dois últimos são como que componentes ou facetas integrantes do primeiro. Da relação e significado que a pessoa faz ou dá às suas diferentes auto-imagens depende a concepção positiva ou negativa do seu autoconceito.

O mesmo se passa relativamente à auto-estima. Dos juízos de valor (bons ou maus) que cada um faz de si próprio, do significado afectivo que cada um dá a si mesmo, dependerá um autoconceito rico ou pobre, ligado a sentimentos de bem estar, a harmonia das relações interpessoais e até o sucesso ou competência pessoal.

O fracasso ou o sucesso escolar, o êxito ou inêxito de uma carreira, as facilidades ou dificuldades das nossas relações interpessoais podem não ter relação directa com as capacidades intelectuais, mas serem apenas o reflexo do autoconceito. Este desenvolve-se desde muito cedo, vai-se construindo e reforçando não permanecendo imutável durante toda a vida. Vai-se modificando e reestruturando à

medida que se vão sofrendo novas experiências ou alterações corporais.

Acontecimentos que alteram a aparência física, a função desempenhada e escapam ao controle do indivíduo, podem levar a desequilíbrios com repercussões graves e generalizadas no autoconceito.

Embora não se saiba a forma como cada um reage a determinadas alterações, o que se sabe é que um acontecimento repentino (desastre ou cirurgia) tem maiores repercussões sobre o autoconceito do que qualquer alteração que vá ocorrendo gradual e lentamente ao longo da vida. Quanto mais positivo

e consistente for o autoconceito edificado pela pessoa, maior será a facilidade com que ela vive situações de crise e se adapta a novas transformações no sentido da manutenção de um equilíbrio.

Intimamente ligado ao conceito de auto-imagem e que também sofre, na sua construção, a influência da sociedade, é o de identidade sexual. Esta não se reporta

apenas a sexo e reprodução, mas a todas as regras e parâmetros comportamentais elaborados pela sociedade a este respeito.

O cancro e a sua terapêutica podem afectar de forma temporária ou definitiva o comportamento utilizado

para expressar a identidade sexual. Torna-se no entanto importante realçar que a sexualidade envolve muito mais que o simples acto sexual. Alterações da aparência física ou alterações que afectam a função desempenhada podem levar os doentes a duvidar da sua feminilidade ou masculinidade (4).

Foltz (5), numa revisão dos estudos publicados sobre os efeitos do cancro nos aspectos sexuais do autoconceito, conclui que a frequência, dimensão e duração da disfunção sexual estão relacionadas com a localização da doença, com alterações locais relacionadas com a terapêutica, tipo de tratamento, relação matrimonial e idade.

3. A ALTERAÇÃO DO AUTOCONCEITO NA MULHER MASTECTOMIZADA. REPERCUSSÕES NO SEU COMPORTAMENTO.

A mulher mastectomizada encontra-se numa situação particularmente vulnerável. O tratamento utilizado levanta uma série de questões que interferem com o seu normal funcionamento e com a sua integração familiar e social.

Os problemas psicológicos associados ao temor da doença, na perspectiva de falta de controle sobre o seu corpo (pois algo de grave está a acontecer com ela que não consegue suspender ou controlar), vão originar sentimentos de medo, tristeza e impotência perante a situação, com a consequente diminuição da auto-estima e do autoconceito.

A imagem corporal é determinante no comportamento do indivíduo. Os seios têm um significado de feminilidade e de atractivo sexual de grande conotação e são ainda valorizados em termos de fertilidade. A mulher submetida a mastectomia sofre uma alteração no seu corpo que muito provavelmente irá originar conflito entre a imagem que foi estabelecida ao longo da sua vida e a realidade



A identidade sexual está intimamente relacionada com o autoconceito.

actual. Esta distorção da imagem corporal poderá ocasionar um desajustamento psicológico que se manifesta por sentimentos de rejeição, de mutilação sexual e de depressão, que podem contribuir para uma auto-imagem pobre, um sentimento de demérito, dificuldade nas relações interpessoais, declínio na actividade sexual e, nalguns casos, de deterioração do casamento (6). A mulher pode ter reacções de isolamento tanto em relação à família como aos amigos ou colegas de trabalho. Existem estudos que mostram que após uma mastectomia, a mulher, apesar de fisicamente apta, tem dificuldade

em voltar a desempenhar as suas funções profissionais por se sentir diminuída ou até mesmo "envergonhada" perante os colegas, afastando-se de qualquer contacto social. Mudanças no estilo de vida também podem ser observadas, como a recusa em ir à praia, ou o não usar determinado tipo de vestuário que era habitual com o receio de que a alteração física seja notada pelos outros. Se isto acontece em relação aos colegas e amigos, com os familiares e especialmente com o cônjuge, criam-se por vezes situações de maior gravidade. O medo de não ser fisicamente atractiva, valorizada ou amada, ou mesmo de se tornar repulsiva, gera situações de afastamento do cônjuge, impeditivas não apenas de uma relação sexual normal mas de toda uma relação de vida normal.

Os problemas no "lidar" com alterações da imagem corporal afectam a capacidade da doente para aprender, para estar motivada para o autocuidado e para reassumir o papel familiar que tinha antes da amputação (7). A sua função como mulher "feminina e mãe de família"

fica assim ameaçada com repercussões na sua auto-estima e autoconceito. Contudo, nem toda a mulher mastectomizada sofre de modo igual alterações a nível do seu autoconceito. Estas dependem de

inúmeros factores que vão influenciar a forma como a mutilação é percebida



O papel da mãe de família fica ameaçado com repercussões no autoconceito e auto-estima

por cada uma individualmente. Um autoconceito forte e positivo anterior à intervenção cirúrgica contribui, segundo a literatura, para uma maior facilidade de adaptação à situação. Se aparentemente poderá parecer que a idade é um factor determinante nessa adaptação, não é possível assumir que seja só por si um factor que torna a mulher jovem mais vulnerável que uma mais velha. Outros factores, que não apenas a idade cronológica, são mais provavelmente motivo de perturbações. Por exemplo, a mastectomia para uma mulher com uma relação conjugal forte e harmoniosa poderá não ser tão ameaçadora como para outra que seja divorciada e dependa da sua aparência física para iniciar uma nova relação com outro homem (6).

Também não se deve pensar, de ânimo leve, que o aceitar aparentemente bem a cirurgia proposta, signifique vir a reagir mais tarde de uma forma positiva. A decisão segura inicial, pode ser resultado de uma visão em que aquela é a única solução para salvar a vida, mas a confrontação posterior com a realidade da mastectomia, pode torná-la tão

vulnerável como qualquer outra, sendo então a reacção causa de surpresa para a própria doente. A confrontação com uma imagem corporal alterada é vivida de diferentes formas por diferentes pessoas e pode ocorrer inesperadamente mesmo quando aparentemente a doente tinha "lidado" bem com a situação (7).

A tumorectomia, em substituição da mastectomia, a radioterapia e a reconstrução plástica precoce têm sido utilizadas na tentativa de minimizar efeitos psicológicos determinados pela cirurgia mutilante.

4. O ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO DO AJUSTAMENTO ÀS ALTERAÇÕES DO AUTOCONCEITO DA MULHER MASTECTOMIZADA

"O homem é um ser culturalmente dinâmico, criativo, na constante procura da adequação. Em vez de estar à mercê do ambiente, ele próprio está comprometido num processo nunca acabado de se tornar pessoa" (8).

Nesta perspectiva, a mulher mastectomizada, como qualquer outra pessoa que sofreu uma alteração da sua imagem corporal, tentará, de qualquer forma, uma adequação que lhe



O enfermeiro deve ter consciência do seu próprio autoconceito.

permita não viver permanentemente em stress com a situação que lhe foi imposta.

Cabe ao enfermeiro um papel muito importante de ajuda à mulher mastectomizada na busca desta adequação à nova imagem, tentando integrá-la o melhor possível em si mesma e aceitando-se tal como é no momento.

4.1. O enfermeiro e o seu próprio autoconceito

Tendo em vista a reconstrução/manutenção do equilíbrio do autoconceito nos indivíduos a quem presta cuidados, um dos aspectos fundamentais que o enfermeiro tem de ter em conta é o conhecimento de si próprio, isto é, "tornar-se consciente do seu próprio autoconceito" (9). É necessário que faça uma análise do seu desenvolvimento como pessoa (quais as experiências de vida que contribuíram de forma positiva ou negativa para esse desenvolvimento) e de que forma evoluiu a estruturação do seu autoconceito. "Perceber-se a si próprio, perceber qual o grau da sua auto-estima e qual a sua auto-imagem, reconhecendo a forma como se vê e como gostaria de ser idealmente" (9). Analisar a importância que tem para si a aparência física, de que forma reage às alterações da imagem corporal, que sentimentos lhe provocam essas alterações e de que modo interferem com a qualidade dos cuidados que presta. Até que ponto esses sentimentos poderão ser a causa de rejeição de determinado doente, do não conseguir determinada aproximação ou, se a consegue, se o faz de forma pouco eficaz ou, eventualmente, até de forma prejudicial para o doente.

Só com este conhecimento de si, pode o enfermeiro tornar-se consciente das suas atitudes e capacidades

para lidar com determinadas alterações verificadas nos indivíduos; estabelecer uma verdadeira relação de ajuda que



A sexualidade, como parte integrante da vida, deve ser incluída em qualquer plano de cuidados

lhes permita a livre expressão dos seus sentimentos, dúvidas e receios de modo a lidarem em conjunto, e num ambiente de mútua confiança e abertura, com problemas de tal complexidade. Uma postura de fuga constante (por parte do enfermeiro) ao que é ameaçador e lhe causa ansiedade em nada contribuirá para ajudar a doente a restabelecer o seu equilíbrio.

4.2. Intervenções de enfermagem na alteração do autoconceito da mulher mastectomizada

O modo como as alterações do autoconceito devem ser abordadas depende, no essencial, da percepção que a mulher tem delas.

Vários são os factores que contribuem para a adaptação às alterações da aparência e da estrutura ou função do corpo (10):

- A natureza da ameaça;
- O significado que a alteração tem para a pessoa;

- A capacidade da própria pessoa para "coping";
- As respostas de outras pessoas significativas;
- A ajuda disponível para o doente e para a sua família;
- O tempo disponível para se preparar, sentir e aceitar o significado da alteração.

Para poder actuar, o enfermeiro deve ter uma atitude reflexiva sobre estes aspectos, na tentativa de verificar em que situação se encontra a doente e qual a ajuda que necessita. Ouvir atentamente é um instrumento importante neste processo; passar tempo com a doente e manifestar um interesse sincero são modos de transmitir aceitação e cuidado (7).

A intervenção do enfermeiro deve começar logo no momento do estabelecimento do diagnóstico e da proposta terapêutica. A informação da doente deve ser feita de modo que tudo lhe seja explicado de acordo com o seu grau de percepção e a sua estrutura pessoal. Deve ser evitado que algo possa ocorrer com carácter de surpresa, pois esta será um contributo para uma menor aceitação, e sentimentos de estar a ser enganada pela equipa de saúde, o que poderá gerar a falta de confiança e segurança pessoal. Deve preparar-se a doente para a mudança da sua ima-



O apoio de técnicos especializados e de grupos, pode ser muito benéfico

gem corporal, promover uma tolerância crescente a esta alteração, dando-lhe tempo para viver esse facto e aceitá-lo de acordo consigo própria.

Neste processo de preparação, não deve ser esquecido o papel da família. Em termos de suporte revela-se de extrema importância o apoio do parceiro ou de outras pessoas significativas. Estes devem estar preparados para qualquer alteração física ou mesmo psíquica resultante quer da doença quer da terapêutica. Devem ser ajudados a não demonstrar medo ou revolta pelas alterações verificadas e a conseguir uma atitude de aceitação, compreensão e amor, tão necessária e útil nesta fase.

A mulher pode reagir de várias formas face a esta situação de crise e a sua adaptação vai depender do significado que lhe atribui. Assim, a doente pode passar por diferentes fases - negação, cólera, tomada de consciência, aceitação e adaptação. O enfermeiro deve possuir um corpo de conhecimentos que lhe permita interpretar em qual fase desse processo se encontra a doente, apoiando-a e compreendendo-a de acordo com esse estadio.

Northouse (11) estudou e documentou a necessidade duma avaliação permanente das doentes com cancro da mama e dos maridos, concluindo que as dificuldades no ajustamento psico-social não se confinam à fase inicial da doença, mas persistem ao longo do tempo para ambos os elementos do casal. Deve-se salientar que os familiares também podem passar pelas fases emocionais anteriormente descritas e que uns e outros, doentes e familiares, poderão não estar simultaneamente no mesmo estadio de crise. Seja qual

fôr o estadio em que se encontrem, deve ser uma preocupação constante envolvê-los e informá-los sobre o modo como devem colaborar no apoio a prestar à doente tendo em conta a sua autoestima e visando a edificação do seu autoconceito. "O enfermeiro servirá de modelo para a família neste contacto positivo com a doente" (9).

O apoio à sua auto-estima ajuda as doentes a adaptarem-se à mudança de uma forma positiva. É importante reforçar a ideia de que nada deve ser forçado; "deve dar-se tempo ao tempo". A aceitação e o ajustamento demoram o seu tempo, variável de pessoa para pessoa.

O enfermeiro deve permitir que o processo de luto e dor sofra a sua evolução normal, desempenhando



junto da doente um papel influente, ajudando-a a expressar a sua cólera, a sua dor e lidar com os seus sentimentos, não fazendo da alteração o centro da vida. Deve tentar que este processo seja um tempo de reflexão, muitas vezes até de criação de novos valores que contribuirão em muito para o reforço da sua autoestima e do seu crescimento como pessoa.

Já referimos de que forma a alteração da imagem corporal e da auto-estima se relaciona com a identidade sexual. Segundo a Organização Mundial de Saúde, saúde sexual é a integração dos aspectos somáticos,

emocionais, intelectuais e sociais da identidade sexual em modos que são positivamente enriquecedores e que reforçam a personalidade, a comunicação e o amor. Se a sexualidade é uma parte integrante da vida e uma parte essencial da personalidade e do comportamento da pessoa, ela deveria ser uma parte significativa de qualquer plano de cuidados de enfermagem (12). O nono princípio desenvolvido pela Sociedade de Enfermagem Oncológica (13) identifica a importância da manutenção da identidade sexual face à ameaça que o cancro representa para a sexualidade.

Torna-se necessário ter em consideração que todos os sentimentos presentes em qualquer pessoa face a uma nova relação (habilidade sexual, líbido, satisfação do parceiro) também estão presentes nos doentes com cancro e com alterações da imagem corporal. De uma forma mais marcada e marcante, tornando-os mais vulneráveis a esses sentimentos - que podem mesmo ser considerados como medos.

No entanto, os enfermeiros podem estar relutantes em incluir as questões relacionadas com a sexualidade na identificação dos problemas das doentes e, assim, a omitirem-nas nos planos de cuidados. William (14) demonstrou isso num estudo no qual de 211 enfermeiras envolvidas num programa de educação contínua, apenas 3% responderam "sempre" à pergunta sobre a frequência com que se tinham oferecido para discutir questões sexuais com os doentes no mês anterior. 60% das inquiridas responderam "nunca" ou "raramente".

Apesar de cada pessoa ter o seu tempo de adaptação (resposta individual), o enfermeiro deve analisar o modo como a doente se está a adaptar à nova situação e, se verificar que ela não está a ser adequada (dentro de padrões considerados de normalidade), deve analisar os moti-

vos subjacentes a esse comportamento. Poderão existir outros factores de insucesso na vida das pessoas, mas a doença e as alterações físicas poderão servir de desculpa para uma incapacidade de recuperação e de reassumir as relações familiares e sociais de uma maneira satisfatória. O apoio que se conseguir dos familiares e amigos pode assumir aqui a importância fundamental. O encaminhamento destas mulheres para grupos de apoio ou técnicos especializados (psicólogos e psiquiatras), poderá ser benéfico. No entanto, esta decisão deve ser reflectida em grupo, não só entre a equipa de saúde, mas principalmente com a doente e os familiares. O "bom senso" deve ser o fulcro à volta do qual gira toda a actuação que envolve os sentimentos do "outro" no sentido do respeito pela pessoa humana.

5. CONCLUSÃO

Do que foi exposto podem-se retirar três questões fundamentais, cujo desenvolvimento reflectido permitirá uma actuação eficaz por parte do enfermeiro :

- Quem é esta pessoa? Qual o seu grau de auto-estima? Quais as suas experiências de vida? Qual a estruturação do seu autoconceito? Quais as suas relações conjugais, familiares e sociais? Qual o significado que

dá à doença e à alteração da aparência física? Qual a sua capacidade para lidar com o seu problema?

- Que sentimentos me provoca esta pessoa? Que sentimentos me provocam o cancro e a mastectomia?

Estes sentimentos interferem com a minha capacidade de prestar cuidados? Ser-me-á possível estabelecer com ela uma verdadeira relação de ajuda capaz de promover o seu autoconceito?



- Como posso ajudar esta pessoa? Como posso envolver a doente e os seus familiares no processo terapêutico? O que é que está dentro das minhas possibilidades de actuação? Que insucessos paralelos poderão influenciar negativamente uma adaptação positiva por parte da doente? A partir de que altura será necessário a participação de outro ou outros técnicos especializados?

Estamos certos de que a resposta a estas questões será sem dúvida um grande contributo para a recuperação e equilíbrio da mulher mastectomizada.

SV

BIBLIOGRAFIA

1. Labenne WD, Greene BI: *Educational Implications of the self-concept theory*. Goodyear Publishing Company, Inc. 1969, p.10
2. Serra AV: *A importância do autoconceito*. *Psiquiatria Clínica* 7 (2) : 57-66, 1986
3. Carlson CE: *Psychosocial aspects of neurological disability*. *Nurs Clin North Am* 15: 308-320, 1980
4. Swanson B, Cronin-Stubbis D, Sheldon JA: *The impact of psychosocial factors on adapting to physical disability: a review of the research literature*. *Reabl Nurs* 14: 64-68, 1989
5. Foltz AT: *The influence of cancer on self-concept and life quality*. *Semin Oncol Nurs* 3 : 303-312, 1987.
6. Kriss R: *Self image and sexuality after mastectomy*, in Bullard DG, Knigh SE: *Sexuality and physical disability: personal perspectives*. St. Louis, CV Mosby, 1981, p. 185-192.
7. *Manifestations of cancer and cancer treatment* - 1991.
8. Morris CA: *Self-concept as altered by diagnosis of cancer*. *Nurs Clin North Am* 20: 611-630, 1985.
9. Vieira MTM: *Autoconceito*. Aulas do Curso Superior de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Francisco Gentil (pol.)
10. Norris CM: *Body image - its relevance to professional nursing*, in Carlson CE, Blacwell B (eds.): *Behavioral Concepts and nursing interventions* (2ª. ed), Filadelfia, JB Lippincott, 1987, p. 5-36.
11. Northouse L: *A longitudinal study of the adjustment of patients and husbands to breast cancer*. *Oncol Nurs Forum* 16 : 511-515, 1989.
12. Shipes E: *Sexual function following ostomy surgery*. *Nurs Clin North Am*, 22 : 303-310, 1987
13. *Oncology Nursing Society and American Nursing Association, Division of Medical-Surgery Nursing Practice: Outcome standards for cancer nursing practice*. Kansas City, Mo American Nurses Association, 1979.
14. Williams HA, Wilson MF, Hongladarom G e outros: *Nurses attitudes toward sexuality in cancer patients*. *Oncol Nurs Forum* 13:39-43, 1986.